

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS SOLIDES MALIGNES PRIMITIVES
DE LA RÉGION PARANÉPHRÉTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 29 juillet 1938

PAR

Jean-Léon-Martial BOSREDON

Ancien externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine coloniale

Né à BORDEAUX (Gironde), le 29 mars 1912

Examinateurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		JEANNENEY, professeur	Juges.
		CHARRIER, agrégé	
		DUFOUR, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS SOLIDES MALIGNES PRIMITIVES
DE LA RÉGION PARANÉPHRÉTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 29 juillet 1938

PAR

Jean-Léon-Martial BOSREDON

Ancien externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine coloniale

Né à BORDEAUX (Gironde), le 29 mars 1912

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		JEANNENEY, professeur	Juges.
		CHARRIER, agrégé	
		DUFOUR, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

MM.

Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.
Anatomie	VILLEMÉN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.

MM.

Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	GREYX.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie	DUFOUR.
id.	
Physiologie	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id.	FONTAN.
id.	BROUSTET.
id.	DERVILLÉE.
id.	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.

MM.

Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	MASSÉ.
id.	DARGET.
id.	N.
Obstétrique	RIVIÈRE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Physiologie	PETITEAU.
Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGÈRE.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

MM.

Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAC.
Médecine légale	DERVILLÉE.
Urologie	DARGET.
Botanique	GIRARD.
Bactériologie	MOUREAU
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Chimie minérale	CASTAGNOU.

Ophtalmologie. MM. CABANNES (en congé).
Orhopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

Je te dédie cette thèse; elle me donne l'occasion de te dire toute mon affection. Crois bien que ma seule ambition est de suivre l'exemple de dévouement et de travail que tu nous a donné.

A MA MERE ET A MA GRAND-MERE

Je ne saurai vous séparer dans mon amour filial.

A MON FRERE PIERRE

Ensemble nous avons fait nos études; médecins tous deux, j'espère que nous saurons nous montrer dignes l'un de l'autre.

A MON FRERE ANDRE

A MES SOEURS

A MON BEAU-FRERE

A MON NEVEU

EN SOUVENIR DE MON ONCLE

LE DOCTEUR JEAN BOSREDON

Je sais qu'il aurait été heureux de me
voir marcher sur ses traces. Son exem-
ple sera toujours présent à ma mémoire.

A MON ONCLE

A MA TANTE

A TOUS MES PARENTS

A GUY COMBESCOT DE MARSAGUET

ET PIERRE DAURE

En souvenir de notre fidèle amitié.
Puisse la vie ne pas trop nous séparer.

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1932-1933 MONSIEUR LE PROFESSEUR CREYX

MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE

EXTERNAT

1934 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTMANN

1935 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE

1936 MONSIEUR LE PROFESSEUR TEULIERES

(f. f. interne)

MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE

1937 MONSIEUR LE PROFESSEUR TEULIERES

(f. f. interne)

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSERIE-LACROIX

(f. f. interne)

1938 MONSIEUR LE PROFESSEUR RECHOU (f. f. interne)

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. TEULIERES

*Professeur de Clinique ophtalmologique,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Je suis venu dans votre service à un moment difficile de ma vie. Croyez bien que je vous garde la plus grande reconnaissance pour l'affectueuse sollicitude avec laquelle vous m'avez guidé et réconforté.

AU DOCTEUR JEAN VILLAR

Chirurgien des Hôpitaux,

Qui m'a donné le sujet de cette thèse et qui m'a toujours conseillé avec la plus grande amitié.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous fit le très grand honneur
d'accepter de présider cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS SOLIDES MALIGNES PRIMITIVES
DE LA RÉGION PARANÉPHRÉTIQUE

INTRODUCTION

Nous avons pu observer, dans la dernière période de nos études, deux malades atteints de tumeurs malignes paranéphrétiques primitives. Il nous a paru intéressant de consacrer ce travail à l'étude de ces néoplasmes : leur rareté et surtout leur siège en rendant pour le clinicien le diagnostic difficile.

Dans l'espace rétropéritonéal, se développent des tumeurs malignes et bénignes, solides et kystiques. On donne généralement le nom de tumeurs paranéphrétiques aux néoplasmes solides, les collections liquides sont les « kystes paranéphrétiques » ; nous n'aurons que les premiers en vue, tout en éliminant les tumeurs lipomateuses bénignes.

Nous définirons donc les tumeurs solides paranéphrétiques : des néoplasmes qui prennent leurs origines dans le tissu rétropéritonéal de la loge rénale, dans la fascia prérénale et surtout dans la capsule adipeuse du rein, ces tumeurs englobant et refoulant le rein sans jamais l'envahir.

Ainsi nous éliminerons par cette définition les kystes paranéphrétiques, les inflammations périrénales, les tumeurs

primitives des organes voisins du rein (capsules surrénales en particulier). En résumé, nous reprendrons l'opinion de Lecène, qui pense que les deux caractères essentiels sur lesquels il faut se baser pour dire d'une tumeur qu'elle est paranéphrétique sont :

1° L'étude attentive des connexions anatomiques, macroscopiques de la tumeur : adhérence de la tumeur au rein, englobement de cet organe par le néoplasme, dissociation des éléments de son pédicule vasculaire, qui permettront de bien préciser ses rapports avec le rein, resté d'ailleurs intact et indépendant du néoplasme;

2° Un examen microscopique de la tumeur montrant qu'elle n'est développée ni aux dépens d'un des organes qui, normalement, entrent en rapport avec le rein, ni aux dépens des ganglions lymphatiques de la région, primitivement ou secondairement néoplasiques.

HISTORIQUE

Le premier cas de tumeur maligne paranéphrétique fut décrit et étudié, en 1833, par Hawkins, dans les *Medico chirurgical transactions*. Mais on en est encore avant l'ère de la grande chirurgie abdominale, et les cas qui suivent celui d'Hawkins ne sont que des découvertes d'autopsie. Cependant, les différents travaux de Valsalva, de Broca, de Moynier nous montrent que ces tumeurs avaient déjà intéressé les pathologistes.

Après l'éclosion de la chirurgie abdominale (1870-1885), on voit apparaître les observations isolées de Spencer Wells, de Thornton, de Péan. Ces chirurgiens osent tenter l'extirpation de ces énormes tumeurs. Ces essais sont malheureusement suivis d'insuccès : la péritonite suraiguë, la durée excessive de l'opération, furent les causes habituelles de mort. Plusieurs travaux d'ensemble furent alors publiés sur la question. En 1880, Czerny consacre aux tumeurs rétro-péritonéales une longue étude, dans laquelle il publie une observation de tumeur périnéphrétique. En 1886, Morris en recueillit deux cas nouveaux; Przewoski, dans la *Gazetta Lekarska*, en présente trois observations inédites et fait dériver ces tumeurs des corps de Wolf et Muller.

Les mémoires alors se succèdent : Augagneur (1886), dans sa thèse, Quenu et Villar, dans les traités de chirurgie (*traité de Duplay et Reclus* et de *Le Dentu et Delbet*), la thèse de Maukiewicz (Strasbourg, 1887), le mémoire de Terrier et Guillemain, dans la *Revue de chirurgie* de 1892, la thèse de Galimir (Paris, 1898), les mémoires d'Adami et de Cestau complètent ce que l'on sait à ce moment des tumeurs rétro-péritonéales et paranéphrétiques.

Après 1900, les travaux faits sur cette question tendent à préciser un certain nombre de points intéressant la technique opératoire et l'anatomie pathologique. Nous signalerons la thèse de Cadart (Lille, 1902), le mémoire de Le Fur et l'importante étude de Hartmann et Lecène (*Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, Paris, 1903), la thèse de Rambaut (Toulouse, 1904), la monographie de Reynolds et Wadsworth.

Enfin, après les travaux isolés de Brin et de Saviozzi, Lecène, au Congrès de chirurgie de 1919, présente une remarquable mise au point de la question des tumeurs solides paranéphrétiques.

Plus récemment, à côté des observations éparses que nous résumerons au cours de cette thèse, il faut citer l'étude de Marcelle Delaunay (thèse Paris, 1926), les travaux de Eiseunroth et Koll, les ouvrages de Chevassu et la thèse de Manse (Alger, 1937).

ETIOLOGIE

Les néoplasmes paranéphrétiques sont des tumeurs rarement observées. Leur étiologie précise est indéfinie. Il est pourtant un fait assez particulier dont l'interprétation nous échappe : c'est que le sexe féminin est atteint dans la grosse majorité des cas (70 p. 100 des cas) de cette variété de tumeurs rétropéritonéales.

L'âge auquel on rencontre ces tumeurs varie beaucoup, comme on peut s'en rendre compte par ce tableau, que nous empruntons à Lecène :

De 1 à 10 ans	8 cas
De 10 à 20 ans	1 cas
De 20 à 30 ans	3 cas
De 30 à 40 ans	22 cas
De 40 à 50 ans	34 cas
De 50 à 60 ans	25 cas
De 60 à 70 ans	10 cas
De 70 à 80 ans	2 cas

Il y a donc une prédominance nette entre 30 et 60 ans, avec maximum de fréquence de 40 à 50 ans, ceci d'ailleurs étant commun avec tous les néoplasmes. Mais il faut noter les cas assez nombreux signalés dans l'enfance. Lauwers rapporte même l'histoire d'un enfant, chez qui le père, médecin, avait constaté dès la naissance l'existence d'une tumeur dans l'hypocondre droit, tumeur opérée plus tard et classée comme néoplasme paranéphrétique.

Signalons comme curiosité que des tumeurs en tout point analogues à celles de l'homme peuvent se rencontrer chez les animaux : le Professeur Petit, d'Alfort, a présenté, en 1911, à la Société anatomique de Paris, une très belle pièce de myxosarcome juxtarénal, trouvé à l'autopsie d'un chat mort de cachexie.

POINT DE DEPART DES TUMEURS PARANEPHRETIQUES LEUR CLASSIFICATION

Seule, l'étude histologique pourra, dans une certaine mesure, nous renseigner à ce sujet. En effet, l'histo-pathologie nous apprend que :

1° ces tumeurs sont presque toujours des néoplasmes d'origine conjonctive;

2° qu'elles contiennent souvent du tissu adipeux;

3° qu'elles sont presque toujours des néoplasmes conjonctifs polymorphes et atypiques;

4° qu'elles renferment parfois des débris épithéliaux ou des ossifications véritables, vraisemblablement d'origine wolffienne.

Or, nous ne trouvons dans la région périrénale que deux formations qui peuvent être le point de départ de ces néoplasmes :

a) la capsule fibreuse du rein;

b) son enveloppe cellulo-adipeuse.

La capsule fibreuse du rein contenant normalement des fibres musculaires lisses, il est naturel que nous trouvions, dans certains cas, dans la structure des tumeurs, la présence de ces fibres (leiomyomes en évolution maligne souvent atypiques). Cette capsule peut encore être également considérée comme le point de départ de certains fibromes purs bénins et de sarcomes à cellules fusiformes.

Dans la capsule adipeuse, nous trouvons facilement l'origine des lipomes, sans évolution maligne si ce n'est par leur extension, des liposarcomes et des tumeurs complexes telles que les lipomyxosarcomes, qui sont parmi les plus fréquemment observés.

Il ne reste qu'à expliquer la présence, signalée, de débris épithéliaux, formés par des canalicules avec épithélium cylindrique reposant sur un chorion conjonctif, celle d'ossification véritable (observation de Hartmann et Lecène, 1903), de fibres musculaires striées embryonnaires (rhabdomyomes). Le plus simple est de considérer qu'il s'agit là de débris embryonnaires restés inclus dans la capsule adipeuse du rein au cours de son développement, débris d'origine wolffienne. Ceci nous explique la présence de ces tumeurs soit congénitales, soit rencontrées chez des enfants très jeunes. Pourtant nous écarterons comme exagérée l'opinion de Thévenot, qui estime que, « *dans la majorité des cas, les tumeurs paranénales ont pour point de départ des débris congénitalement inclus dans l'épaisseur de la région rénale* ». Si cette thèse est vraie pour les kystes de nature épithéliale, elle ne peut s'appliquer aux tumeurs conjonctives, qui sont de beaucoup les plus fréquentes.

Aussi, avec Le Fur, nous adopterons la classification suivante des tumeurs paranéphrétiques, classification qui est aussi celle de Legueu dans son *Traité d'urologie* :

1° LES TUMEURS CONJONCTIVES :

a) *Bénignes* : Fibromes, myxomes, lipomes purs ou à l'état d'association. Bénignes, ces tumeurs prennent quelquefois des caractères de malignité, non par leur dégénérescence néoplasique, mais par leur extension. Chavannaz a opéré en 1898 un lipome paranéphrétique qui, par les hiatus costodiaphragmatiques, remontait jusqu'à la crosse de l'aorte.

b) *Malignes* : Ce sont toutes les tumeurs précédentes lorsqu'elles s'associent au sarcome : fibrosarcomes, myxosarcomes, liposarcomes, fibroliposarcomes, lipomyxosarcomes.

2° LES TUMEURS ÉPITHÉLIALES :

Ce sont des tumeurs liquides d'origine wolffienne. Elles constituent les kystes paranéphrétiques, que nous n'envisagerons pas au cours de ce travail.

3° LES TUMEURS MIXTES :

Elles contiennent des éléments conjonctifs et épithéliaux (tissu conjonctif, musculaire strié, osseux parfois et épithélial), ces éléments étant associés à un sarcome. Le cas classique d'Hartmann et Lecène⁽¹⁾ est particulièrement représentatif de cette association :

Femme de 60 ans. Ventre gros depuis quatre mois, surtout à droite depuis deux mois.

A l'examen clinique : Ventre saillant à droite au niveau de l'ombilic. Tumeur mate, une bande de sonorité entre elle et le foie.

Diagnostic : Tumeur rétropéritonéale.

Opération (mars 1902) : Morcellement d'une énorme tumeur rétropérirénale qui englobe le rein droit, dont on ne peut la séparer. Néphrectomie. On marsupialise les lèvres de la poche; toute l'opération s'est passée à droite du côlon ascendant.

Guérison opératoire. Un an après, récurrence.

Examen histologique : Liposarcome ou, plus exactement, tumeur mixte avec d'indiscutables dérivés wolffiens épithéliaux.

(1) Hartmann et Lecène, *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, Paris, 1903, p. 45.

ANATOMO-PATHOLOGIE

1. — *Anatomie pathologique macroscopique.*

Théoriquement, il serait bon de diviser ces tumeurs en tumeurs de la capsule fibreuse du rein et tumeurs de la capsule cellulo-adipeuse périrénale. Pratiquement, cette distinction est très difficile. En effet, il est rare de trouver des néoplasmes petits, nettement localisés (cas d'Ombredanne [opération] et d'Amblard [autopsie]). Dès que le néoplasme est volumineux et remplit la fosse lombaire refoulant ou entourant le rein, il est bien malaisé sinon impossible de reconnaître si c'est la capsule fibreuse ou l'enveloppe cellulo-adipeuse du rein qui a été le point de départ de la tumeur.

Cette question n'a d'ailleurs qu'une importance relative, le tout étant de savoir, pour le chirurgien, si le rein est normal ou s'il est envahi par le néoplasme; de cette alternative dépendra naturellement la conduite de l'opérateur vis-à-vis du rein.

Pour décrire l'aspect macroscopique, la forme, la consistance, la couleur, les rapports anatomiques d'une tumeur paranéphrétique, nous prendrons comme type le cas le plus fréquent d'un néoplasme assez volumineux remplissant au moins la fosse lombaire.

« De volume généralement considérable, jusqu'à 10 kilos et plus, toujours rétropéritonéale dans toute son étendue, de consistance variable, mollassse et pseudofluctuante en certains points, dure et comme fibreuse en d'autres, de forme irrégulière, le plus souvent multilobée, creusée de sillons, hérissée de saillies volumineuses, de couleur gris jaunâtre ou rosée, assez peu vascularisée, entourée d'une capsule conjonctive qui en permet l'énucléation », telle est la tumeur

maligne pararénale le plus souvent rencontrée. Ces caractéristiques suffisent déjà à l'individualiser; on affirmera le diagnostic en déterminant exactement sa situation par rapport au rein : née dans la loge rénale, la tumeur, dont le développement est lent et progressif, s'infiltré autour du rein, l'englobe ou le bascule en le luxant hors de sa place normale. D'ailleurs, nous allons repasser ces caractères en étudiant ses rapports anatomiques.

II. — *Rapports anatomiques.*

Bridée en haut par le diaphragme, en arrière par la paroi lombaire, la tumeur pousse rarement des prolongements vers le thorax ou les points faibles lombaires (triangle de J.-L. Petit, et quadrilatère de Grynbel). Elle se développe surtout en avant, où ses rapports avec les méso de l'intestin sont beaucoup plus intéressants pour le chirurgien. Directement, en avant, elle rencontre d'abord le mésocôlon ascendant ou descendant, suivant le côté. Le plus souvent, elle le refoule, plus rarement l'infiltré en le dissociant; mais, fait essentiel pour l'opérateur, il existe un plan de clivage entre la tumeur et le méso. Le mésentère du grêle est plus rarement atteint.

Vers le bas, le néoplasme peut arriver à descendre dans le tissu cellulaire sous-péritonéal pelvien chez l'homme, dans les ligaments larges chez la femme. Ces coulées compliquent singulièrement l'opération à cause de la difficulté d'isoler la tumeur de l'uretère et des vaisseaux hypogastriques.

Les rapports avec les gros vaisseaux préintestinaux et les autres organes intestinaux doivent être présents à l'esprit du chirurgien. L'aorte abdominale et la veine cave inférieure sont parfois englobées par le néoplasme, et, pour les isoler, il faut se livrer à une véritable dissection, dissection ayant entraîné parfois des désastres (plaie de la veine cave, cas signalé par Manse). Le foie, le pancréas, la rate, ont été

aussi trouvés adhérents à la tumeur, et son ablation a causé maintes fois des blessures sérieuses à ces organes.

Mais les rapports anatomiques les plus importants à connaître sont ceux de la tumeur avec le rein, son pédicule vasculaire et l'uretère. La situation du rein par rapport au néoplasme est éminemment variable suivant les cas : tout dépend de son point de départ et de son évolution ultérieure. La tumeur s'infiltre autour du rein, l'englobe ou le luxe hors de la place normale; parfois il est entouré d'une façon si complète que le chirurgien pratique, en enlevant la tumeur, une néphrectomie. A ce propos, comme nous le verrons plus tard, nous signalerons l'importance capitale de la *recherche fonctionnelle des reins* avant l'opération. En effet, cet organe, quoique englobé et refoulé par la tumeur, reste sain dans la plupart des cas; dans 18 p. 100 des cas, simplement il a été reconnu atteint de néphrite diffuse; et il est évidemment très important de ne pas enlever à la légère, avec la tumeur, un rein fonctionnellement normal. Le pédicule rénal vasculaire est le plus souvent conservé intact ou refoulé et élargi par le néoplasme. Mais, dans quelques cas (Hartmann et Lecène), le pédicule vasculaire du rein se trouve dissocié par les lobes néoplasiques, et l'opérateur, à peu près inévitablement, pince ou lie les vaisseaux nourriciers du rein sans s'en douter.

Les rapports avec l'uretère sont également fort variables : ce conduit est simplement refoulé ou dévié dans la majorité des cas, mais il peut être englobé par la tumeur, sa section devient alors à peu près la règle (observation du Docteur Lafargue).

III. — *Histologie pathologique.*

La détermination du point de départ et la classification de ces tumeurs nous a obligé à nous baser sur l'histopathologie; nous nous bornerons à rappeler que leur structure histologique permet de les diviser en :

- 1° Tumeurs conjonctives malignes : sarcomes, myxosarcomes, fibrosarcomes, liposarcomes;
 - 2° Tumeurs épithéliales kystiques;
 - 3° Tumeurs mixtes : constituées par les travées sarcomateuses avec, inclus en elles, des débris épithéliaux d'origine wolffienne.
-

SYMPTOMES

Variables en leurs origines autant qu'en leur évolution, les tumeurs paranéphrétiques présentent cependant un ensemble symptomatique que nous allons préciser.

Le plus souvent, un néoplasme pararénal se manifeste comme une tumeur abdominale à développement lent et progressif, indolore ou presque, ne provoquant pendant longtemps que peu de troubles de la santé générale. Ici donc, se retrouve un caractère commun à la plupart des tumeurs : le début insidieux.

Presque toujours, le premier examen médical est pratiqué à une période avancée de l'affection, chez un malade qui commence à s'inquiéter d'un embonpoint croissant ou qui se plaint de douleurs abdominales plus ou moins localisées.

I. — *Signes physiques.*

a) *A l'inspection*, on trouve que la tumeur occupe l'un des flancs, s'étendant des côtes jusqu'à la fosse iliaque, qu'elle remplit parfois. Son grand axe est dirigé verticalement, et l'abdomen, regardé de face, paraît comme divisé en deux parties : une moitié plate non déprimée, l'autre moitié soulevée par la tumeur. Cette asymétrie se constate de même souvent à l'examen des régions lombaires. Mais cette localisation paramédiane peut se trouver modifiée : c'est dans les cas où, examinée tard dans son développement, la tumeur occupe toute la cavité abdominale, qui est alors uniformément distendue. Nous dirons donc qu'une tumeur paranéphrétique prend naissance dans l'un des flancs au niveau

de la région rénale, c'est là que se fait son accroissement initial; elle peut ensuite gagner en se développant tous les points de la cavité abdominale.

b) *La palpation* de l'abdomen révèle l'existence d'une tumeur lisse, bosselée, de consistance variable, évidemment suivant les cas, mais aussi très souvent suivant les points où l'on palpe. Lorsqu'il s'agit de tumeurs fibro-sarcomeuses, cette consistance peut être dure, analogue à celle d'un fibrome utérin; si c'est une tumeur lipomateuse, on a l'impression d'avoir sous les doigts une masse mollassse pseudofluctuante, et c'est pour cela que nombre de cliniciens firent des ponctions exploratrices, persuadés qu'ils étaient d'avoir affaire à une tumeur kystique. Il est d'ailleurs à noter que l'on peut éviter de confondre cette pseudofluctuation des lipomes ou des myxomes avec la fluctuation vraie : il suffit de rechercher la transmission du flot d'une main à l'autre.

La palpation nous renseignera encore sur la mobilité et le volume de la tumeur. Le néoplasme, quoique adhérent au plan lombaire, peut être mobilisé en masse lorsqu'il est petit ou de moyen volume; mais, ayant atteint de grandes proportions, il devient absolument fixe et ne suit plus les mouvements du diaphragme. C'est là un signe de valeur au point de vue diagnostic.

Mais on comprend facilement que la palpation ne donne aucun renseignement précis dans les cas de tumeurs énormes envahissant tout l'abdomen; l'observation de Spencer Wells, à ce point de vue, est particulièrement démonstrative :

Une femme de 38 ans se présenta à lui avec une énorme tumeur qui remplissait tout le ventre. Il lui a été impossible, malgré un examen minutieux, de préciser l'organe de la cavité abdominale aux dépens duquel la tumeur s'était développée. A l'autopsie, on trouva une tumeur de 84 livres adhérente au côlon, au foie, et surtout au rein. Par une dissection attentive, on put en détacher le rein intact. Wilson

Fox fit l'examen histologique, et confirma l'origine dans le revêtement séreux du rein.

c) *La percussion* montre que l'aire correspondant à la tumeur est d'une matité absolue. Souvent l'intestin est refoulé dans une partie de l'abdomen, où sa présence est révélée par une zone de sonorité tympanique. Le plus important est de déterminer s'il existe au-devant de la tumeur une zone de sonorité, presque toujours attribuable au côlon refoulé et reporté en masse en avant par le néoplasme. La constatation de cette bande sonore au-devant de la tumeur est d'une importance capitale pour en fixer son siège rétro-péritonéal.

La percussion en arrière permet parfois de trouver une matité lombaire : ce signe prend de la valeur lorsqu'il s'agit de différencier les tumeurs qui nous occupent de celles de l'ovaire ou du mésentère, qui laissent intacte la sonorité lombaire.

II. — *Signes dus à la compression intra-abdominale.*

Le varicocèle, important signe des tumeurs rénales, peut apparaître au cours de l'évolution d'une tumeur paranéphrétique; il est d'emblée douloureux et considérable. L'observation suivante ⁽¹⁾ nous en fournit un exemple :

Homme de 64 ans. Hématuries répétées. Volumineuse tumeur de la région lombaire et de l'hypocondre gauche. Malade anémié et amaigri, varicocèle gauche très volumineux. Avant l'opération, une pyélographie ascendante (ténébryl dilué) montre une déviation de l'uretère gauche formant une courbe à concavité gauche.

Opération : Incision latérale, des fausses côtes à l'épine pubienne gauche. Refoulement et décollement du péritoine, libération du côlon et de l'angle colique gauche, énucléation de la tumeur (3 kg. 500). Rein laissé en place, tamponnement; guérison.

(1) Le Gal, *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, vol. 27, n° 10, juin 1935.

Après l'intervention, une pyélographie montre la disparition de la courbure.

Il s'agissait d'un sarcome fibroblastique.

L'ascite est une très rare conséquence de la tumeur paranéphrétique : simple découverte au cours d'une laparotomie ou d'une nécropsie, elle n'est jamais assez abondante pour être cliniquement diagnostiquée. L'œdème des membres inférieurs est tardif, localisé d'abord au côté malade, il devient ensuite bilatéral. La compression du tube digestif se fait lentement et progressivement et l'intestin réagit assez peu.

Le diaphragme est refoulé vers le haut.

III. — *Signes radiologiques.*

Les signes radiologiques donnés par la tumeur nous permettront, grâce au lavement baryté, d'affirmer la présence du côlon en avant du néoplasme; l'urétéropyélographie et l'urosélectan, par ailleurs, nous montreront l'intégrité du rein et de l'uretère.

IV. — *Signes fonctionnels.*

a) *La douleur.* — Signe tardif, elle présente quelques caractéristiques propres aux tumeurs paranéphrétiques. C'est une douleur sourde, pongitive, continue, calmée ou exagérée par différents mouvements (calmée dans la position couchée, par exemple, exagérée dans la position debout). Elle est localisée à la région lombaire d'un seul ou des deux côtés; parfois elle s'irradie dans l'abdomen, dans les deux aines, et surtout le long du membre inférieur, du côté de la tumeur.

b) *Compressions nerveuses.* — La tumeur pararénale peut comprimer les plexus lombaires et sacrés, et cela explique le siège des douleurs et les zones d'anesthésie des cuisses et des jambes.

c) *Dyspnée*. — Elle est produite par le refoulement du diaphragme.

d) *Troubles digestifs*. — La constipation peut apparaître lorsque la tumeur arrive à comprimer le sigmoïde ou le rectum; dans certains cas, le néoplasme, adhérant à l'intestin, provoque une diarrhée qui épuise le malade.

e) *Troubles vésicaux*. — Pas très marqués : pollakiurie, dysurie. Et cette absence de toute modification importante au point de vue urinaire est un signe capital des tumeurs pararénales.

V. — *Signes généraux.*

L'état des malades est tardivement atteint; mais alors l'anorexie, l'asthénie, l'amaigrissement, peuvent être très marqués; et il n'est pas rare de noter des poussées fébriles (37°3-38°) (fièvre des néoplasmes de Verneuil, nécrobiose du centre de la tumeur).

EVOLUTION ET PRONOSTIC.

D'une façon générale, l'évolution des tumeurs malignes paranéphrétiques est une évolution lente. Le plus souvent, il est impossible de préciser le moment exact où le néoplasme a commencé à se développer. Néanmoins, dans nombre d'observations, nous voyons que les malades ont noté, depuis un an ou deux au moins, la présence dans l'abdomen d'une grosseur qui, peu à peu, a augmenté de volume. Dans quelques cas, l'évolution lentement progressive de la tumeur est brusquement accélérée par une poussée parfois accompagnée de fièvre et de douleurs.

Les sarcomes et les tumeurs des enfants paraissent évoluer beaucoup plus vite : dans le cas de Galimir, la tumeur n'a été découverte que trois mois avant la mort; chez le petit malade de Brock (3 ans 1/2), l'apparition du néoplasme n'a été signalée que deux mois avant l'issue fatale.

Mais cette évolution peut être entrecoupée par des complications, parmi lesquelles il faut citer :

D'abord, l'occlusion intestinale, qui parfois peut être la première manifestation d'une tumeur paranéphrétique, jusque-là cliniquement muette; ainsi, dans l'observation de Haller⁽¹⁾, le fait saillant, c'est la découverte d'une tumeur pararénale lors d'une laparotomie pour occlusion intestinale.

Homme de 66 ans qui présente brusquement les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë.

A l'examen : Abdomen ballonné; au toucher rectal, masse perceptible dans la fosse iliaque gauche.

(1) Haller, *Bulletin et mémoires de la Société des chirurgiens de Paris*, 23 avril 1926.

Diagnostic : Cancer de l'S iliaque.

Opération : Laparotomie médiane. Pérисigmoïdite et adhérences, qu'on libère. Incision du péritoine pariétal postérieur et énucléation d'une masse de 1 kg. 250.

Mikulicz. Mort.

Il s'agissait d'un liposarcome pararénal.

Les accidents aigus qui ont nécessité l'intervention ont été provoqués, probablement, par des phénomènes spasmodiques au cours de l'irritation chronique due à la pérисigmoïdite.

Enfin, parmi les autres complications, en dehors de la phlébite des membres inférieurs, on trouve toutes celles qui compliquent les cancers : pneumonie, cachexie, etc.

Le pronostic de ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes est fatal. Aussi l'intervention chirurgicale est-elle toujours indiquée, sauf si la tumeur est trop volumineuse et l'état général trop précaire.

Les résultats éloignés, en dehors de la mortalité opératoire, assez élevée (20 p. 100, Lecène), sont, dans une certaine mesure, favorables, ces tumeurs donnant rarement des métastases. Malheureusement, les récidives sur place sont extrêmement fréquentes et nécessitent de nouvelles interventions.

DIAGNOSTIC

Il est un fait que, bien peu souvent, le diagnostic de tumeur maligne paranéphrétique a pu être établi après le seul examen clinique.

Sur 60 observations qu'avait réunies Lecène, il est arrivé aux constatations suivantes :

a) *Chez l'homme*, on a fait le diagnostic :

6 fois de tumeurs du rein;

6 fois de kystes du pancréas, de tumeurs de l'épiploon, de kyste hydatique;

2 fois de tumeurs pararénales (Souligoux, Jeannel).

b) *Chez la femme* :

25 fois de kystes ou tumeurs de l'ovaire;

9 fois de tumeurs du rein;

6 fois celui de sarcome de la surrénale, de kyste hydatique du foie, de tumeurs de la rate;

6 fois de tumeur rétropéritonéale (Pupovac, Hartmann et Lecène, Dartigues et Le Fur, Piquaud et Dreyfus).

Donc, sur 60 cas, le diagnostic avant l'intervention ne fut exact que 8 fois; et on est frappé d'une chose, c'est que tous ces auteurs ont établi un diagnostic juste parce qu'ils étaient déjà instruits par un cas analogue observé antérieurement. Et ceci prouve une fois de plus que, pour diagnostiquer en clinique les affections rares (et tel est le cas des tumeurs pararénales), il faut « y penser ». Or, quelle que soit la valeur de l'instruction livresque, elle est bien loin de valoir

celle que l'on retire de l'expérience personnelle, et, en pratique, on ne pense guère, en présence d'un diagnostic difficile, à ces tumeurs exceptionnelles que lorsqu'on en a déjà vu soi-même un premier exemple.

Néanmoins, il existe un certain nombre de signes particuliers qui, réunis, peuvent permettre de reconnaître ces tumeurs ou, tout au moins, leur siège anatomique : en effet, ce qu'il y a de plus important, est d'établir d'abord que la tumeur est rétropéritonéale, car ce seul fait dûment établi restreint singulièrement le champ des hypothèses.

La palpation et le percussion, avec les signes donnés par ces moyens d'examen que nous avons déjà signalés, la radiographie, qui permet de voir la masse intestinale en avant de la tumeur et l'intégrité du rein, permettent de donner ou de soupçonner à la tumeur un siège rétropéritonéal; il ne peut s'agir alors ou que d'une tumeur du rein, et nous verrons, dans le diagnostic différentiel, comment la différencier, ou d'un néoplasme né en arrière des mésocôlons ou d'une tumeur développée autour du rein lui-même : dans ces deux dernières hypothèses, il est impossible de préciser le diagnostic avec certitude, et, en réalité, une pareille finesse de diagnostic et une telle précision sont illusoires.

Diagnostic différentiel.

Au début de ce chapitre, nous avons vu à quelles erreurs de diagnostic l'observation de ces tumeurs avait donné lieu : on les a confondues avec toutes les autres tumeurs abdominales; nous ne verrons donc que les affections les plus importantes qui ont donné lieu au maximum d'erreurs.

1° TUMEURS DE LA PAROI. — Il est facile d'éviter la confusion avec une tumeur de la paroi abdominale : la palpation suffit à situer celle-ci; on peut vérifier que sa mobilité, très accentuée si les muscles abdominaux sont relâchés, s'atténue dès qu'ils se contractent.

2° TUMEURS DU FOIE. — Elles se distingueront par leur continuité avec la glande hépatique; mais il ne faut pas oublier que les néoplasmes pararénaux peuvent simuler la même disposition; il sera donc intéressant de rechercher avec soin les symptômes du mauvais fonctionnement hépatique.

3° TUMEURS DU MÉSENTÈRE. — Comme les tumeurs pararénales, elles sont recouvertes par la masse intestinale, mais, n'ayant pas le contact lombaire, elles sont très mobiles et elles se développent de préférence vers l'ombilic.

4° TUMEURS DE LA RATE. — Le mode de développement d'une tumeur splénique, sa localisation, les phénomènes physiques ou fonctionnels qu'elle présente, sont parfois tellement identiques à ceux d'une tumeur paranéphrétique que le diagnostic apparaît impossible. Le cancer de la rate se présente insidieusement; la douleur apparaît tardive dans l'hypocondre gauche, avec des irradiations variées, plus fréquentes dans l'épaule; elle est discontinue, survient par crise. La douleur causée par la tumeur pararénales est lombaire, s'irradie vers l'abdomen et le membre inférieur, du même côté que le néoplasme. L'inspection révèle souvent une voussure du flanc gauche sans déformation de la région lombaire; la palpation discerne une tumeur dont la forme rappelle plus ou moins celle de la rate (les tumeurs pararénales donnent aussi parfois cette impression de surface lisse avec incisure). La percussion de la région lombaire révèle une sonorité normale : c'est un signe de grande valeur, puisque la tumeur paranéphrétique rend mate cette région, qu'elle déforme souvent. A une période assez avancée, les signes fonctionnels du cancer de la rate peuvent être en assez grand nombre pour que le diagnostic ne s'égare plus : épistaxis, entérorragies, dyspepsie, diarrhée, hydrémie. L'amaigrissement est rapide, le teint jaune paille.

Restent les splénomégalias diverses (paludisme, lymphadénie, leucémie), qui entraînent une modification marquée de la formule sanguine, dont l'étude s'impose dès que l'on pense à une tumeur splénique.

5° TUMEURS DE L'OVAIRE. — Une tumeur pararénale ayant atteint un volume considérable peut très bien en imposer pour une tumeur de l'ovaire; cette erreur sera d'autant plus fréquente que les tumeurs pararénales se rencontrent surtout dans le sexe féminin. Les tumeurs solides de l'ovaire n'ont pas le début insidieux des tumeurs paranéphrétiques : de bonne heure, apparaissent des troubles génitaux, des douleurs, des tiraillements dans l'hypogastre, des troubles urinaires, de la constipation; le toucher vaginal permettra de discerner, contre une grosse tumeur, l'ensemble intact de l'utérus et de ses annexes. Le kyste de l'ovaire, à mesure que son volume augmente, monte au lieu de descendre, comme le fait une tumeur pararénale; il entraîne des phénomènes douloureux précoces, des troubles génitaux et urinaires; la palpation indique la présence d'une tumeur médiane liquide; la percussion révèle la sonorité des flancs; le toucher vaginal, enfin, donne les signes d'une tumeur indépendante de l'utérus, mais contre laquelle on ne rencontre aucun élément annexiel.

Enfin, signe capital, ces tumeurs ne présentent pas le contact lombaire.

6° TUMEURS DU REIN. — Très souvent, une tumeur du rein a été recherchée par l'intervention chirurgicale, alors qu'il s'agissait d'une tumeur paranéphrétique.

a) Le sarcome du rein, ordinairement de petit volume, peut prendre de fortes dimensions, l'hématurie, la fixité, le distinguent alors de la tumeur pararénale.

b) Le cancer du rein entraîne, dès le début, des troubles urinaires (hématurie); la douleur est plus fréquente quoique non constante, et il survient plus souvent chez l'homme que chez la femme, à l'encontre des tumeurs paranéphrétiques.

c) Le kyste hydatique du rein, d'une certaine dimension, produit une pesanteur au niveau des lombes. La palpation méthodique montre qu'il s'agit d'une tumeur rénitente où

l'on perçoit parfois le frémissement hydatique. Les réactions de Weinberg et de Casoni sont souvent positives.

d) Le rein polikystique, bilatéral le plus souvent, entraîne des modifications des urines.

Donc, toutes les tumeurs rénales s'accompagnent de modifications du côté de l'appareil urinaire, qui ne se retrouvent pas dans les tumeurs périrénales. Et c'est pourquoi il est capital de faire une exploration fonctionnelle des reins lorsque le diagnostic de néoplasme paranéphrétique sera soupçonné. Cela permettra d'éviter de confondre une tumeur rénale avec cette variété de néoplasme; et le chirurgien sera obligé de veiller à ne pas, involontairement, faire une néphrectomie en enlevant une tumeur sans chercher à l'isoler du rein sain, qu'elle englobe.

TRAITEMENT

Le traitement des tumeurs solides paranéphrétiques est essentiellement chirurgical : aucune médication ne peut faire régresser cette affection.

L'opération doit être précoce et la plus complète possible.

I. — *Indication opératoire.*

En présence d'une très volumineuse tumeur rétropéritonéale probablement paranéphrétique, l'indication opératoire est-elle formelle ? L'opération est grave et donne une mortalité postopératoire immédiate moyenne de 20 p. 100. De plus, la récurrence est si fréquente qu'il est bien difficile de prouver que le malade, heureusement guéri de l'intervention, a tiré de celle-ci un réel bénéfice. Dans les tumeurs moyennement volumineuses, l'opération est plus fréquemment indiquée : l'acte opératoire, en effet, est, dans ce cas, beaucoup moins grave immédiatement et on peut espérer que, si l'ablation du bloc de la tumeur est réalisée sans inoculation néoplasique de la plaie opératoire et sans oubli d'un lobe aberrant ou détaché de la tumeur, les chances de survie compenseront pour le malade les risques de l'intervention. Enfin, pour les petites tumeurs qui, hélas ! sont bien exceptionnellement rencontrées en pratique, l'opération nous semble tout à fait indiquée : d'abord, dans ce cas, le diagnostic certain est toujours très difficile à poser avant l'opération et celle-ci est au moins autant exploratrice que curatrice : on ne peut refuser au malade le bénéfice très réel retiré de l'opération, faite en temps opportun, d'un néoplasme encore au début.

En résumé, l'intervention est indiquée :

1° pour les petites tumeurs, malheureusement rarement diagnostiquées par le clinicien;

2° pour les tumeurs moyennement volumineuses.

L'état général médiocre, le néoplasme volumineux, doivent au contraire, rendre le chirurgien très prudent.

II. — *Technique opératoire.*

1° VOIES D'ACCÈS.

L'opérateur peut choisir trois voies d'accès pour arriver sur la tumeur paranéphrétique.

a) la voie lombaire ou mieux lombo-iliaque;

b) la voie parapéritonéale;

c) la voie transpéritonéale.

La *voie lombo-iliaque*, même avec résection de la 12^e côte, est peu utilisée : par cette incision, l'énucléation du néoplasme se fait forcément à l'aveuglette, et il n'est guère possible de se rendre compte exactement des rapports de la tumeur.

La *voie parapéritonéale*, mise au point par Grégoire (1906) et par Chevassu (1912), nous paraît bien meilleure : elle permet d'arriver directement sur le hile du rein et l'opérateur peut facilement voir ce qu'il fait en cas d'hémorragie sérieuse. Cependant, même en ajoutant le débridement parallèle au rebord costal, conseillé par Chevassu, qui donne, en fait, un jour considérable en permettant de récliner en avant le lambeau musculo-péritonéal, cette incision ne peut convenir qu'aux tumeurs moyennes; or, nous savons que c'est surtout, en règle générale, des tumeurs énormes qui se présentent au chirurgien.

C'est donc à la *voie transpéritonéale* qu'il faut recourir dans la majorité des cas. D'ailleurs, c'est cette voie d'accès qui est le plus souvent suivie : tout d'abord parce que les tumeurs pararénales conduisant fréquemment à des erreurs

de diagnostic (tumeurs de l'ovaire, kyste, etc.), c'est par la voie abdominale antérieure que le néoplasme est attaqué, et ensuite même le diagnostic de tumeur pararénale posé, c'est, sans conteste, cette voie qui donne le maximum de jour.

Cette incision médiane, qui permet évidemment une bonne orientation d'emblée, peut être remplacée par une incision paramédiane le long du bord externe du grand droit. Cette voie a été conseillée par Lecène, et nous pensons que cette incision a de gros avantages. En effet, elle conduit immédiatement l'opérateur sur le gros intestin, généralement refoulé, comme nous l'avons vu, en avant et en dedans par le développement progressif du néoplasme; et il est de première importance de commencer par son bord externe le clivage du côlon ascendant ou descendant : c'est la seule façon d'éviter la section des vaisseaux nourriciers coliques.

2° FAUT-IL FAIRE L'ÉNUCLÉATION OU LE MORCELLEMENT DE LA TUMEUR ?

Evidemment, c'est une question d'espèce. Cependant une règle générale s'impose. L'énucléation en masse a l'avantage, sur le morcellement, d'éviter l'essaimage de cellules cancéreuses. Il faut donc que le chirurgien cherche le plan de clivage : sa découverte, parfois véritable œuvre de minutie et de patience, permet l'énucléation facile de tumeurs énormes et donne les meilleurs espoirs quant aux résultats et à la récurrence.

Quand le plan de clivage est impossible à trouver, le chirurgien devra pratiquer, non le morcellement vrai mais la délobulation, qui n'est qu'un morcellement déguisé. Profitant de la structure lobulée de la tumeur, le chirurgien énuclée successivement les lobes du néoplasme, et les enlève les uns après les autres. L'hémorragie est minime et les dangers d'inoculation néoplasique moindres que dans le morcellement.

3° QUELLE CONDUITE A TENIR VIS-A-VIS DU REIN ?

Il est impossible de fixer une règle. Dans 50 p. 100 des cas

étudiés par Lecène, la néphrectomie fut pratiquée, et, le plus souvent, parce que le rein était adhérent à la tumeur (32 fois sur 48). En dehors de ces cas, et en particulier quand on peut isoler le rein, sa conservation s'impose, surtout si le cathétérisme des uretères et la séparation des urines, pratiqués avant l'opération, ont montré un bon fonctionnement rénal.

III. — *Résultats immédiats.*

La statistique établie par Lecène accuse 40 p. 100 de mortalité. C'est là un chiffre bien élevé, mais, en tenant compte qu'un grand nombre d'opérations datent des débuts de la chirurgie abdominale, on peut actuellement abaisser ce chiffre à 20 p. 100. C'est là une mortalité opératoire encore assez élevée, mais elle est explicable par l'importance de l'opération, la possibilité de lésions accidentelles des organes voisins, et surtout par l'état d'affaiblissement extrême de ces malades porteurs d'énormes tumeurs.

IV. — *Résultats éloignés.*

Les résultats éloignés sont difficiles à apprécier. Il faut se rappeler que les récives sont très fréquentes, même dans les cas de tumeurs histologiquement bénignes. Cette récive est vraisemblablement due à une exérèse incomplète de lobules oubliés ou méconnus, continuant localement leur évolution.

L'observation du Docteur Lafargue, que nous citerons plus loin, est particulièrement significative de cette récive.

Cependant nous croyons que les résultats éloignés peuvent être rendus meilleurs par l'application systématique, après l'opération, du traitement physiothérapique. Dans l'observation du Docteur J. Villar, publiée plus loin, nous voyons quel avantage énorme une malade a retiré du traitement électrique après l'ablation d'une tumeur pararénale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur Jean VILLAR.)

Mme P..., 65 ans, est envoyée en consultation, par le Docteur Ferran, au Docteur Jean Villar, le 12 octobre 1937. Il s'agit d'une femme sans antécédent pathologique notable qui, depuis trois mois, présente une tumeur de la fosse iliaque gauche, qui va en grossissant régulièrement, à peine douloureuse, et qui s'accompagne simplement de constipation opiniâtre et d'un léger retentissement vésical (petite crise de cystite). Ce qui frappe le plus quand on examine la malade, c'est son teint pâle, son facies très fatigué et une cachexie intense, qui s'est installée peu à peu, le privant de ses forces et du moindre appétit; du reste, la malade devait se trouver mal au cours du premier examen.

L'examen de l'abdomen montre qu'il existe une volumineuse tumeur, grosse comme une tête de fœtus, remplissant la fosse iliaque gauche, arrivant à la ligne médiane, surplombant le détroit supérieur par un véritable bord libre, convexe vers le bas, filant vers la région lombaire, qu'elle remplit en totalité. Cette tumeur est régulièrement dure, non bosselée, elle est fixe et présente un contact lombaire manifeste.

La percussion montre : une sonorité antérieure tout à fait caractéristique; il existe, en particulier, un encadrement sonore entre le pôle supérieur de la tumeur et le rebord des fausses côtes, qu'elle n'atteint pas.

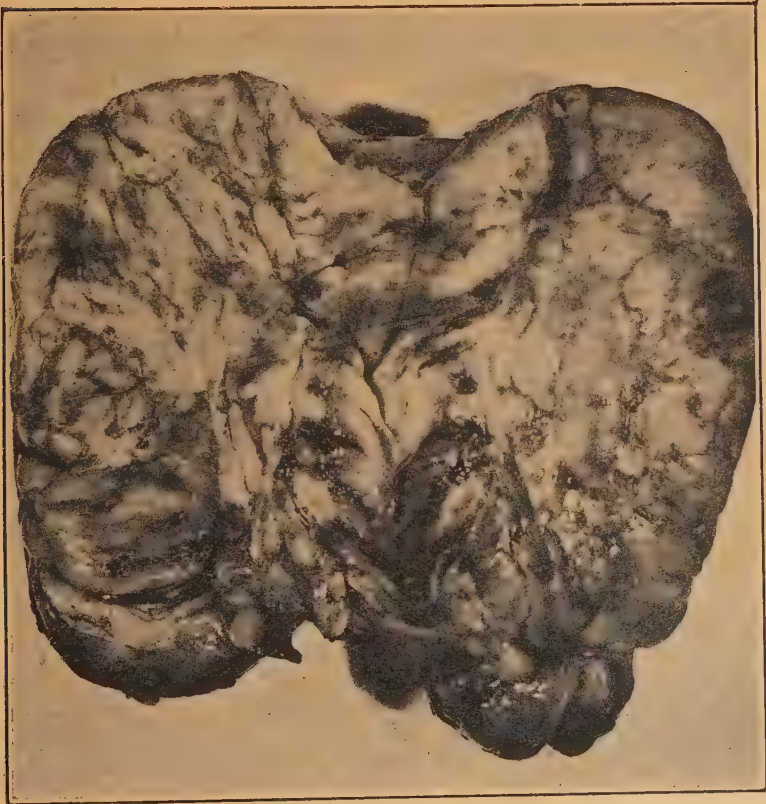
En résumé, tumeur solide paraissant d'évolution rapide, siégeant dans la région lombo-iliaque gauche, laissant libre la partie haute de la région rénale, tumeur s'accompagnant d'un état cachectique.



Radiographie de la tumeur montrant l'intégrité du rein.
La tumeur a été délimitée par un fil opaque.



Microphotographie (Dr MOUGNEAU).



Photographie de la tumeur ouverte en deux.

Le diagnostic posé est celui de tumeur rénale développée sur un rein ptosé, de siège anormal, ou bien, vu l'absence de signes fonctionnels rénaux et d'hématurie, vu la localisation, de tumeur paranéphrétique rétropéritonéale. Dans ces conditions, la malade subit une radiographie rénale après uro-sélectan, qui montre que la tumeur siège manifestement au-dessous du rein gauche, qui semble parfaitement normal; une autre radio montre le côlon encadrant la tumeur, qui bombe dans l'espace mésocôlique gauche et fait une grosse saillie face à la ligne médiane. L'intervention est décidée.

Opération. — Le 8 novembre 1937, Clinique Saint-Martial, par le Docteur Jean Villar, aidé des Docteurs P. et J. Bosredon, sous anesthésie générale à l'éther; assistait le Docteur Ferran.

Longue laparotomie médiane, qui met en évidence une énorme tumeur rétropéritonéale encadrée par le côlon gauche, projeté très loin en dehors, faisant saillie jusqu'au niveau de l'aorte dans l'espace rétromésocolique. On abandonne toute idée de décollement du côlon, la tumeur paraissant très adhérente au plan péritonéal. Incision franche intervasculaire du péritoine supérieur, en ménageant d'énormes vaisseaux; on arrive alors à trouver un plan de clivage inférieur, puis postéro-externe, et on termine le décollement par l'attaque de la région pancréatique et aortique. Ligatures de nombreux vaisseaux, qui unissent le pôle supérieur de la tumeur au flanc gauche de l'aorte et à tout le bord inférieur du pancréas. La tumeur est ainsi extirpée : le fond de la loge est constitué par l'aorte, sur le côté droit, par les vaisseaux mésentériques; en haut, complètement disséqué, se trouve le bord inférieur du pancréas; à gauche, l'arc vasculaire de Treitz est intact; l'uretère n'a pas été vu. Bonne hémostase de la poche, on y bourre l'épiploon, après suture du mésocôlon, fermeture en un plan, au fil métallique, avec un petit drain, dans le Douglas. Durée, quarante-cinq minutes.

Suites opératoires. — Aucun choc, mais, immédiatement après l'opération et dans les jours qui suivent, un ballonnement extrême du ventre se produit; douleurs intenses dans la fosse

iliaque gauche; cependant, pas de signes d'occlusion; grâce aux piqûres de prostigmine, grâce au sérum hypertonique intraveineux, la malade rend ses gaz et va à la selle. La température oscille entre 37°4 et 38°2. Petit à petit, il se constitue une tuméfaction ilio-lombaire gauche pseudofluctuante, douloureuse, évoluant sans grande température, mais avec atteinte de l'état général. On pense alors soit à un hématome, soit à une collection d'origine pancréatique, et on décide de drainer ce faux kyste.

Deuxième intervention (23 nov. 1937). — Anesthésie locale. Incision lombaire sus-iliaque de Lecène, qui permet d'ouvrir une volumineuse collection de 1 litre environ de liquide pseudopurulent sans odeur; un drain est glissé dans la poche; il s'enfonce profondément sous le repli de la mésentérique supérieure, repérée aux doigts. Les jours suivants, écoulement assez abondant; l'examen est fait par le Docteur Mougneau. Il montre un liquide pseudopurulent sans germes; peu à peu, diminution de cet écoulement et guérison obtenue après un état phlébitique léger des deux membres inférieurs et surtout marqué du côté gauche.

La malade quitte la clinique le 30 décembre 1937. Il reste quelques petites fistules lombo-iliaques, la plaie médiane ayant guéri *per primam*. On fait pratiquer alors par le Docteur Dumail un traitement radiothérapique, qui, en une vingtaine de séances, amène la guérison définitive de la fistule, la disparition de l'empâtement profond lombo-iliaque, qui avait persisté jusqu'alors, et une reprise magnifique de l'état général.

Cette malade, revue ces jours-ci (10 juill. 1938) est dans un état splendide, elle a engraisé de 8 kilos et a repris toute son activité, ne se plaignant plus de rien.

Examen de la pièce. — La pièce se présente comme un énorme fibrome régulièrement lisse avec, à la coupe, des zones en voie de sphacèle aseptique; son poids est de 2 kg. 500.

Examen anatomo-pathologique (Docteur Mougneau). — Tumeur sphacélée dans sa majeure partie. Les parties conservées sont très réduites et se trouvent à proximité des vaisseaux nourriciers. Elles sont constituées par des cellules fusiformes de grande taille, munies

de prolongements anastomotiques. Ces cellules sont généralement isolées et séparées les unes des autres par une substance amorphe d'aspect muqueux. Ça et là, quelques noyaux monstrueux, quelques cellules à noyaux multiples par phénomène d'amitose. De larges vaisseaux capillaires parcourent les parties fertiles de la tumeur, ces vaisseaux n'ont pas de paroi propre.

En résumé, tumeur du type myxosarcome.

OBSERVATION II.

(Docteur LAFARGUE, *Bordeaux chirurgical*, avril 1938.)

En 1930, Mme U..., 33 ans, constate fortuitement l'existence d'une tumeur dans son flanc droit, sans adjonction d'aucun trouble fonctionnel, sans modification de l'état général.

La tumeur, du volume d'une mandarine, est dure, lisse, peu mobile. Sa prospection superficielle peut la faire rattacher indifféremment à la vésicule biliaire ou au rein. Un premier examen radiographique, précédé d'absorption de foriod, puis un second, précédé de cathétérisme urétéral avec pyélographie, concluent à l'intégrité de ces deux organes. En désespoir de cause, on incrimine le côlon : l'étude de ce dernier, après sa distension par un lavement baryté, prouve qu'il est refoulé par la tumeur sans être envahi par elle.

Le diagnostic de tumeur paranéphrétique est donc le seul possible; il est confirmé par l'opération, pratiquée par voie antérieure transpéritonéale. En passant entre les vaisseaux mésocôliques, on accède sur une tumeur encapsulée, blanchâtre, fibreuse, qui se clive facilement des tissus et organes environnants, en particulier du rein, en dehors, et de la deuxième portion du duodénum, en dedans.

Suites très simples. L'examen microscopique (Docteur Bonnard) indique qu'il s'agit d'un rhabdomyosarcome.

En 1932, Mme U... constate qu'une nouvelle tumeur existe au même point qu'en 1930.

Par la même voie que la fois précédente, mais à travers les

adhérences nombreuses, on marche vers la tumeur. Bien qu'il soit l'objet de nos préoccupations et de nos recherches, l'uretère se révèle à nous après que nous l'avons coupé. Navré, nous continuons la difficile marche à la tumeur, pour trouver celle-ci dans le pôle inférieur du rein droit. Notre bévue de tout à l'heure est le premier temps d'une néphrectomie difficile.

Léger shock postopératoire, qui se dissipe en quelques heures. L'anatomo-pathologiste répond à nouveau : rhabdomyosarcome.

Cinq ans de parfaite santé. En novembre 1937, Mme U... constate, pour la troisième fois, une tumeur, toujours au même point. Cette fois-ci, elle est grosse comme une orange et s'accompagne d'un amaigrissement notable avec anémie, mis sur le compte de la grippe. La masse, lisse, est mobile verticalement et transversalement, à un degré tel que l'idée de sa localisation dans le côlon transverse s'impose d'emblée à l'esprit : nul autre organe de la région ne permettrait des déplacements de cette ampleur.

Cette troisième intervention est des plus ardues, en raison des adhérences, qui, à maintes reprises, nous font hésiter devant la continuation de l'opération.

Il est impossible de repérer aucun organe, et c'est miracle de ne pas avoir ouvert l'intestin avant d'avoir extériorisé la tumeur. Quand nous avons celle-ci sous les yeux, nous constatons qu'elle est cravatée obliquement par un segment intestinal, si modifié dans sa morphologie que nous hésitons sur son identité. Duodénum ? côlon ? Il est impossible de le dire.

Nous pensons pouvoir en décoller la tumeur : illusion de courte durée, car le rhabdomyome n'est pas collé contre la paroi de l'anse digestive, mais il est enchâssé à la façon d'une balle de caoutchouc coincée dans une maille de filet trop étroite. Des deux hémisphères de la sphère néoplasique, l'un émerge au-dessus de la paroi, l'autre plonge dans la cavité intestinale, dont le contenu le balaie sans cesse. Entre les deux, l'équateur est ceinturé par l'adhérence des tuniques séro-muqueuses à son niveau. A la première tentative de décollement, sans que s'écoule une goutte de sang, l'intestin se désinsère de la tumeur et, presque inopinément, nous nous trouvons avec celle-ci dans la main, mais, devant une brèche

intestinale intéressant le bord libre de l'anse sur plus de 10 centimètres de longueur.

L'idée d'une résection vient immédiatement à l'esprit; mais, en dehors des difficultés inhérentes à la présence des adhérences une deuxième difficulté s'oppose à ce projet : il est impossible de trouver la lumière de l'anse en aval de la brèche. Force est de refermer celle-ci à points séparés, en deux plans, en comptant que les matières et les sucs sauront trouver leur chemin.

Les suites opératoires sont très orageuses. Au bout de deux jours, il est évident que l'intestin suturé était le duodénum, car un liquide verdâtre s'écoule par le drain, tandis que l'opérée se rend compte que tout liquide absorbé ressort sur le champ par l'incision de laparotomie.

Malgré le sérum, la malade se déshydrate rapidement. Dès le deuxième jour, sous anesthésie locale, il nous faut pratiquer d'urgence une gastro-antérostomie postérieure avec exclusion du pylore avec des crins.

Ce n'est qu'au bout de trois jours, quand la fistule duodénale sera tarie brusquement, que la bouche de gastro-entérostomie se mettra à fonctionner, que la malade pourra se nourrir, se remonter, et guérir sans nouvel incident.

OBSERVATION III.

(GALIMIR, thèse de Paris, 1895.)

Sarcome de la capsule du rein gauche.

Malade âgé de 34 ans, entré dans le service de Hayem, le 10 juin 1895, pour les douleurs lombaires et varicocèle à gauche: très amaigri.

Tumeur mate s'étendant du diaphragme à la crête iliaque.

L'autopsie (22 août 1895) révèle l'existence d'une tumeur remplissant la moitié gauche de l'abdomen, allant du diaphragme à la fosse iliaque. Poids : 3.540 grammes. Coupe : gros noyau cen-

tral hémorragique, noyau ramolli à la périphérie. Capsule grisâtre assez consistante.

Rein gauche englobé par la tumeur, déformé, mais non altéré.

Il s'agit d'un sarcome qui a pris probablement naissance dans la capsule fibreuse du rein gauche.

OBSERVATION IV.

(GIORDANO, Venise, XXVIII^e Congrès français de chirurgie,
Paris, 1919.)

L'auteur apporte 3 observations personnelles : deux fois il s'agit d'hémangiopérithéliome, et une fois de kyste wolfien à contenu hématique, à épithélium cylindrique bas, coïncidant avec un rein en ectopie.

L'un de ces malades, opéré, présentait à l'époque de la communication une survie de onze ans : il s'agissait d'une tumeur de 12 kilos extirpée par la voie parapéritonéale, dont Giordano se déclare partisan.

OBSERVATION V.

(DELAGENIÈRE et BAUCHEF, Le Mans, XXVIII^e Congrès
de chirurgie, 1919.)

*Deux observations de tumeurs solides paranéphrétiques,
sexe féminin.*

Tumeurs volumineuses : l'une a le volume d'une tête d'adulte, l'autre atteint le poids de 14 kilos. Solides, bosselées, de coloration rose pâle, peu vasculaires.

Dans l'un des deux cas, le rein était englobé par la tumeur; au cours de l'autre intervention, le rein n'a pas été aperçu.

Examen histologique : Myxosarcome et fibrosarcome.

Survie de dix-sept mois dans l'un des deux cas; l'autre malade opératoirement guérie au moment de la communication.

OBSERVATION VI.

(Roux, Lausanne, XXVII^e Congrès de chirurgie.)

Deux cas de tumeurs paranéphrétiques.

La première opérée avec succès en 1900. — le malade vivant en 1914 — était un fibrolipome dont le diagnostic ne fut pas fait cliniquement. Grosses difficultés opératoires par adhérences à l'uretère et à la rate. Drainage par le triangle de J.-L. Petit.

La deuxième opération concerne une femme de 52 ans, opérée quatre ans auparavant d'une tumeur du côlon. On crut à une récidive. La tumeur était rétrocolique et prenait le contact lombaire. Extirpation laborieuse. La tumeur avait presque la forme d'un rein à pôle inférieur volumineux; mais, au voisinage immédiat, le rein était normal. Il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse. •

OBSERVATION VII.

(DE QUERVAIN, Bâle, XXVII^e Congrès de chirurgie.)

Trois cas de tumeurs paranéphrétiques.

Pour cet auteur, les voies d'accès varient suivant les circonstances; la néphrectomie est toujours à prévoir; le drainage est très rarement utile.

OBSERVATION VIII.

(V. JURA, Des tumeurs pararénales, *Il Policlinico*, Sezione chirurgica, an. XXX, fasc. II, 13 nov. 1923.)

Deux observations dues au Professeur ALESSANDRI.

Obs. I. — Femme de 32 ans, ayant fait, vingt ans auparavant, une colique néphrétique, voit son ventre augmenter de volume depuis treize ans. Ces derniers temps, l'augmentation paraît surtout se faire à gauche. En avril 1922, on trouve dans le flanc gau-

che une masse, ayant le contact lombaire, du volume d'une tête d'adulte indépendante du côlon. Les fonctions du rein gauche sont normales.

Opération en mai 1922. La tumeur encapsulée siège devant le rein et s'énuclée facilement. Guérison.

En novembre, on constate une récidive : masse présentant les mêmes caractères, grosse comme le poing. L'extirpation est facile. Guérison opératoire.

Histologiquement, il s'agissait d'un tissu graisseux avec de nombreux vaisseaux présentant dans les espaces cellulaires une infiltration lymphocytaire; certaines zones sont fibromateuses, d'autres nécrotiques.

L'auteur se demande si, jusqu'à un certain point, il ne s'agissait pas d'une tumeur mixte.

Obs. II. — Fillé de 18 ans, présentant dans le flanc gauche une tumeur à développement rapide. En avril 1922, la masse va de la fosse iliaque au bord costal. Elle a le volume d'une tête d'adulte, siège en arrière du côlon. Le rein, du même côté, est normal.

Une ponction permet d'extraire des cellules sarcomateuses.

Opération le 25 avril 1922. Enucléation facile de la masse encapsulée. Poids : 1.250 grammes.

Histologiquement, cellules fusiformes sarcomateuses.

OBSERVATION IX.

(M. ANTELAWA, Contribution à l'étude des tumeurs mixtes rétropéritonéales de la capsule du rein, *Zeitschrift für Urologische Chirurgie*, 1924.)

Il s'agit d'un enfant de 2 ans dont le ventre a, depuis l'âge de 5 mois, grossi continuellement, alors que l'enfant reste dans un très médiocre état de nutrition.

La palpation indique tout le côté gauche de l'abdomen occupé par une énorme tumeur dure, solidement attachée à la paroi supérieure. On fait le diagnostic de tumeur rétropéritonéale, et on tente de préciser ses rapports avec les reins.

Une épreuve globale au bleu de méthylène est satisfaisante.

Une lombotomie montre une tumeur adhérente au péritoine, au foie et à la vésicule biliaire; à sa partie inférieure est appendu le rein gauche, qu'elle recouvre.

On extirpe simultanément la tumeur et le rein; l'intervention ne montre aucune métastase; on termine par la fermeture de la paroi sur un tamponnement. L'enfant succombe dans la journée au choc opératoire.

La tumeur est arrondie, semée de bosses irrégulières, les unes de consistance solide, les autres de nature kystique. Les dimensions sont : 14 cm. × 8 cm. La surface de section est peu vasculaire, de couleur jaune clair, entourée d'une capsule conjonctive propre. Les poches kystiques, de la grosseur d'une pomme, ont un contenu clair et sont partiellement cloisonnées. La plus grande partie de la tumeur est faite de tissu lardacé compact, dans lequel on voit des îlots cartilagineux et osseux. Le rein est pâle et aplati à un pôle, il présente un petit foyer hémorragique et cortical. La tumeur s'est développée uniquement aux dépens de la capsule rénale. L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'une tumeur mixte.

OBSERVATION X.

(H. SECRATAN, *Journal d'urologie*, t. XXVIII, 1929.)

Homme de 33 ans, qui est pris brusquement d'une douleur fixe, lancinante, en avant de la 10^e côte gauche. Hoquet, ballonnement, subictère dès le lendemain.

A l'examen, malade extrêmement amaigri, peau et muqueuses très pâles. Abdomen très ballonné. Tumeur abdominale gauche bosselée, mate, présentant le contact lombaire. Dans l'hypocondre droit, une autre tumeur du volume d'un poing, douloureuse et mate.

Image pyélographique de rein polykystique.

Diagnostic : Cancer de l'estomac, cancer du pancréas, rein polykystique.

Mort sans intervention.

A l'autopsie, infiltration par contact :

— de toute la paroi postérieure de l'estomac , avec ulcération secondaire;

— des surrénales;

— du pancréas;

— du hile du rein (reins indemnes);

— du petit bassin;

— des parois de la vessie.

Métastases :

— dans le lobe inférieur du poumon droit;

— sur l'épicarde;

— sur la 7^e côte.

Il s'agissait d'un sarcome lymphoblastique.

OBSERVATION XI.

(LEPOUTRE et VERLIAC, *Diagnostic préopératoire de tumeur polykystique de l'ovaire.*)

Femme 32 ans, augmentation de volume de l'abdomen. Douleurs lombaires. Amaigrissement. Poussées fébriles.

A l'examen, tumeur multilobée droite, mobile latéralement, douloureuse à la palpation.

Diagnostic : Tumeur polykystique de l'ovaire.

Opération : Laparotomie médiane. Extirpation de six masses tumorales.

Suites opératoires : Récidive *in situ*; réintervention; nouvelle récurrence; mort. Sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION XII.

(LANOS, Société des chirurgiens de Paris, 1925.)

Jeune femme, chez laquelle on pense successivement à une péritonite tuberculeuse et à un cancer abdominal.

Opération : Ablation complète d'une masse de 8 kg. 500. Rein conservé. Amélioration considérable pendant un an.

Récidive. Ablation d'un nouveau lipome de 5 kilos et néphrectomie. Depuis, aucun renseignement. Lipome en voie de dégénérescence.

OBSERVATION XIII.

(CAIARDONI, *La Riforma Medica*, XXVII, n° 32, 1911.)

Femme 43 ans. Depuis quatre ans, douleur dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen avec irradiation au rebord costal. Dans le flanc droit, tumeur irrégulièrement indolore, dure, qui suit les mouvements respiratoires et refoule en dedans le côlon. Urine normale. Opération (voie extrapéritonéale; incision oblique du flanc). On isole sur 8 à 10 centimètres l'uretère, qui était complètement entouré par la masse. Fibroliposarcome.

OBSERVATION XIV.

(CHAMOF, *Travaux de la clinique chirurgicale du Professeur Fedoroff*, t. V, 1911.)

Homme 16 ans. Contusion lombaire droite; six semaines de lit avec fièvre. Quelques mois après, tumeur dans le flanc droit. Depuis quatre ans, douleur lombaire droite. Tumeur dure, indolore, grosse comme le poing, avec sonorité en avant. Varicocèle de ce côté. Catéthérisme urétéral : urines normales. Opération : On tombe sur une tumeur adhérente à la partie postéro-inférieure du rein; tentative de séparation d'avec le rein. Mais hémorragie, néphrectomie. Revu six mois après, bon état. Fibrosarcome de la capsule fibreuse du rein.

OBSERVATION XV.

(Id., *ibid.*)

Femme 49 ans. Tumeur constatée par hasard, il y a deux semaines. Au niveau de l'ombilic, tumeur mobile, indolore, du volume d'une orange, rappelant un rein mobile. Insufflation du gros intes-

tin, qui refoule la tumeur au-dessus du côlon transverse. Aucun trouble urinaire. Incision transpéritonéale. Tumeur rétropéritonéale adhérente au pôle inférieur du rein. Guérison. Sarcome endothélial de la capsule fibreuse du rein.

OBSERVATION XVI.

(DEGORCE, Société médico-chirurgicale de l'Indochine, 1912.)

Femme 43 ans. Début il y a quatre mois. Tumeur qui remplit l'hypocondre et la région lombaire gauche. Tumeur fixée. Tumeur probablement maligne. Incision médiane sous-ombilicale. Côlon descendant étalé et aplati à la surface de la tumeur. Extirpation facile; seules adhérences en arrière. La loge lombaire est complètement vidée. Mèches et drains. Mort dans la journée. Lipo-fibromyxo-myo-ostéosarcome (rein sain, inclus dans le bord étroit de la tumeur).

OBSERVATION XVII.

(DURET, *In* CADART, thèse de Lille, 1902.)

Femme 48 ans. Augmentation lente, indolente, du volume du ventre. Tumeur dure sus-ombilicale et divisée en deux masses latérales dans la région sous-ombilicale. Tumeur de l'ovaire. Le côlon descendant est absolument aplati au-devant de la tumeur. Morcellement nécessaire. Le rein, entièrement englobé, doit être enlevé. Drainage lombaire. Guérison. Sarcome lipomateux à cellules polymorphes.

OBSERVATION XVIII.

(DEMOULIN, *In* thèse HÉRISON, p. 69, 1908.)

Femme 40 ans. Enorme ventre, circulation collatérale sur sa paroi. Sensation de flot. Rien dans les urines. Kyste de l'ovaire. On croit encore à un kyste. Mais rien à la ponction. Le côlon descendant est en écharpe sur la tumeur. Décortication. Mais il faut

morceler en trois fragments cette énorme tumeur rétropéritonéale dans la fosse lombaire gauche. Mort sept jours après. A l'autopsie, on trouve le rein gauche sous le diaphragme, très haut, où il avait été refoulé. Lipomyxome.

OBSERVATION XIX.

(DEVÈZE, Congrès français de chirurgie, 1912.)

Femme 28 ans. Depuis six mois, mictions fréquentes. Les urines laissent un dépôt blanchâtre. Tumeur parfaitement mobile, du volume d'une tête d'adulte, située dans l'hypocondre et le flanc droit. Tumeur bilobée par un sillon vertical. Au-devant d'elle, bande de sonorité intestinale. Division des urines. Le rein droit donne deux fois moins d'urine, d'urée et de chlorure. Tumeur rénale (sarcome). Incision lombaire. Tumeur implantée solidement sur le hile du rein, 2 pinces à demeure (dix-huit heures) sur pédicule vasculaire et sur uretère. Guérison opératoire. Un an après, très bonne santé : dans l'intervalle, une grossesse normale. Tumeur implantée sur le hile par un pédicule fibreux calcifié qui s'enfonce dans le parenchyme rénal. Fibrolipome avec, par endroits, débris embryonnaires pouvant être rattachés au corps de Wolf.

OBSERVATION XX.

(DURAND et VERRIER, *Lyon chirurgical*, 13 oct. 1912.)

Femme 40 ans. Depuis deux ans, douleurs abdominales et vomissements fréquents. Depuis deux mois, ventre plus gros. Depuis trois jours, hématuries. Tumeur énorme de l'hypocondre et de la fosse lombaire gauche. Tumeur irrégulière, bombée, pseudofluctuante. Partout mate, sauf dans la fosse iliaque, où une anse intestinale gargouille. Incision sur le bord externe du muscle droit. Pendant tentative d'énucléation, l'intestin grêle est déchiré en un point et la tumeur se rompt, donnant issue à une bouillie noirâtre. On fixe l'intestin à la peau. La tumeur est adhérente à la capsule

du rein. Néphrectomie. On enlève ce que l'on peut de la tumeur et on marsupialise ce qui reste. Mort le lendemain. Sarcome pararénal. Rein : sclérose et dilatation hydronéphrétique des canaux excréteurs.

OBSERVATION XXI.

(ADAMI, *Montreal Med. Journal*, 1897; cité d'après KELINACK, *Renal Growths*, London, 1898.)

Homme 45 ans. Gros ventre depuis trois mois. Grosse tumeur fluctuante dans toute la moitié gauche de l'abdomen. Ponction négative. Simple laparotomie exploratrice. Enorme tumeur croisée en écharpe, en avant, par le côlon descendant. Fibromyxolipome de la capsule adipeuse du rein gauche.

OBSERVATION XXII.

(AHERN, *Bull. méd. de Québec*, 1905.)

Femme 48 ans. Quatre grossesses : début, il y a trois ans. Ménopause depuis deux ans. Augmentation de volume du ventre progressive. Tumeur mate fluctuante, immobile pendant respiration : ne descendant pas dans le bassin, faisant saillie dans la région lombaire droite. Diagnostic de tumeur kystique rétropéritonéale. Laparotomie latérale droite. Tumeur rétropéritonéale repoussant le côlon et s'étendant depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque. Extirpation par morcellement et néphrectomie. Pas de drainage. Guérison. Lipome en voie de dégénérescence.

OBSERVATION XXIII.

(BARBAROSSA, *Arch. de Ostetr. Ginecologia*, 1907.)

Femme 44 ans. Les premiers signes de tumeur il y a quatre ans. Ventre gros comme à la fin d'une grossesse. Tumeur peu mobile. Extirpation d'une tumeur rétropéritonéale gauche. Guérison. Lipo-fibrosarcome avec ossification.

OBSERVATION XXIV.

(BRENNER, *Wiener klin. Woch.*, 1891.)

Femme 48 ans. Tumeur découverte un an avant l'entrée à l'hôpital. Depuis six mois, douleur dans les régions lombaires droite et iléo-cæcale. Crise d'obstruction intestinale. Tumeur ronde, remplissant toute la partie droite de l'abdomen. L'urine est normale. On écarte, à cause de cela, le diagnostic de tumeur rénale. Incision médiane. Ablation d'une tumeur rétropéritonéale. Guérison. Léiomyome.

OBSERVATION XXV.

(BUSCHMANN, *Wien. Mediz. Woch.*, 1880.)

Femme de 35 ans. Gros ventre depuis trois ans. Tumeur élastique dont la matité se continue avec celle du foie. Enucléation d'une grosse tumeur rétropéritonéale et ablation du rein gauche, qui est refoulé dans le petit bassin. Mort par péritonite. Fibromyome extraordinairement vascularisé; sous sa capsule, des veines ayant le calibre de l'intestin grêle.

OBSERVATION XXVI.

(LE FUR, *Paris chirurgical*, 1912.)

Femme 38 ans. Il y a quatre-cinq ans, douleurs dans le bas-ventre, à gauche. Depuis quelques mois, amaigrissement. Diagnostic en province : Cancer inopérable de l'estomac. Rein gauche gros avec tumeur dure mobilisable, dont un noyau fait saillie en avant. Sonorité au-devant de la tumeur. Cathétérisme des uretères pendant deux heures, le rein gauche donne 6 grammes, le rein droit, 80. Tumeur sans doute maligne du rein gauche. Incision lombaire. Le rein est plaqué contre une tumeur. Les efforts d'enucléation ayant provoqué une lésion du bassin, on fait la néphrectomie. Puis on enlève la tumeur, fixée à la colonne vertébrale et qui

envoie en avant un lobe adhérent au côlon. Pas d'ouverture du péritoine. Guérison opératoire. Lipofibrosarcome. Rein simplement sclérosé.

OBSERVATION XXVII.

(JEANNEL, *In* RAMBAUD, thèse de Toulouse, 1904.)

Femme 41 ans. Malade à qui sa couturière fait observer que le ventre a grossi. Tumeur médiane dans l'abdomen, largement lobée, mobile, élastique, mate. Kyste de l'ovaire. Tumeur jaune rétro-péritonéale. On l'énuclée (est-ce un lipome du mésentère ?) Mais on laisse une masse près du rein gauche. Un an plus tard, énorme tumeur. Deuxième opération : on dirait encore un lipome du mésentère. Décortication pénible. Au moment où le pôle postéro-supérieur de la tumeur apparaît hors du ventre, on voit sortir d'une loge creusée dans la tumeur le rein gauche. On se résigne à la néphrectomie. Première opération incomplète. Mort deux jours après la seconde. Lipomyxosarcome. Au niveau du rein, néphrite épithéliale assez marquée.

OBSERVATION XXVIII.

(OMBRÉDANNE, Congrès français de chirurgie, 1919.)

Femme 40 ans. Vient consulter pour appendicite à cause de crises douloureuses. Au palper bimanuel, on trouve une tumeur adhérente au pôle inférieur du rein. Laparotomie. Incision en dehors du côlon ascendant. Ablation de la tumeur insérée au pôle inférieur du rein. Rein et uretère disséqués et laissés en place. Guérison. Va bien six ans après. Fibro-ostéosarcome.

OBSERVATION XXIX.

(PIQUAND et DREYFUS, *Bull. de la Soc. anat.*, 1909.)

Femme 48 ans. Grosseur dans le flanc gauche, connue depuis un an. Quelques troubles urinaires : petite quantité ou débâcle. Tu-

meur volumineuse à gauche, dans l'abdomen. Séparation des urines : à droite, sécrétion normale; à gauche, pas de sécrétion. Tumeur du rein ou hydronéphrose intermittente. Incision latérale de Bardenheuer et décollement du péritoine. On croit à grosse tumeur rénale. On fait une néphrectomie. Guérison. Lipomyxosarcome de la capsule. Rein sain.

OBSERVATION XXX.

(PIQUAND, DREYFUS, SÉJOURNET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1909.)

Femme 52 ans. Volumineuse tumeur occupant tout le flanc gauche, consistance inégale. Une bande sonore sur large matité. Les deux reins, cathétérisme des uretères, fonctionnent normalement. Tumeur rétropéritonéale et périrénale. Incision latérale de l'extrémité de la 11^e côte à l'épine iliaque. Tumeur adhérente au rein. On enlève le tout. Guérison. Tumeur mixte périrénale. Rein sain. Uretere dilaté.

OBSERVATION XXXI.

(SAVIOZZI, *Tumori*, anno III, fasc. II, sept-oct. 1913.)

Femme 60 ans. Onze grossesses. Depuis trois ans, douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Depuis six mois, ventre gros et un peu de fièvre. Gros ventre, circulation collatérale de la paroi. Tumeur irrégulière, vaguement fluctuante. Au toucher vaginal, on sent une masse dans le cul-de-sac droit, qui se continue avec la tumeur. Tumeur maligne de l'ovaire droit. Rachianesthésie. Incision sous-ombilicale médiane. On voit une tumeur rétropéritonéale. On fait alors une incision oblique lombo-iliaque et on incise le péritoine. Extirpation. Le rein, très refoulé, très en arrière, est laissé en place. Guérison. Fibro-lipo-myxo-angiosarcome avec quelques éléments wolliens (p) (ne serait-ce pas fragment de rein normal ?)

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs paranéphrétiques sont rares.

II. — Elles se rencontrent le plus souvent dans le sexe féminin.

III. — En règle générale, elles n'envahissent pas le rein et ne s'accompagnent d'aucun trouble de l'appareil urinaire, et c'est pourquoi l'intervention doit toujours être précédée :

- a) de la recherche de la valeur fonctionnelle des reins;
- b) d'une urétéro-pyélographie rétrograde selon la méthode Chevassu ou d'une pyélographie par voie endoveineuse.

En effet, s'il est vrai que le plus souvent, malgré l'absence d'une exploration systématique préparatoire de l'état du rein opposé, la néphrectomie dans les cas de tumeurs pararénales n'a pas été suivie d'accidents d'urémie, il n'en est pas moins bien certain que c'est un risque sérieux que l'on fait courir à un malade que de lui enlever un rein sans être bien sûr de la suffisance de celui du côté opposé.

IV. — L'opération doit être large et il ne faut pas que le chirurgien se laisse impressionner par le volume de la tumeur pour ne pas tenter l'opération : ces tumeurs présentent un plan de clivage qui en facilite l'énucléation.

V. — On ne devra pas perdre de vue ces malades une fois l'opération faite; la récurrence, hélas si fréquente, doit être dépistée dès son début et opérée; on donnera ainsi au malade le maximum de chances de survie.

VI. — Les malades trouveront le meilleur profit dans le traitement radiothérapique postopératoire.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 18 juillet 1938.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUBY et DANNIC. — Tumeur pararénale. *Midi médical*, 1893, p. 532.
- BÉGOUIN. — Les tumeurs paranéphrétiques. *Rev. de chir.*, 1898, p. 205.
- BOCK. — Lipome pur du tissu périrénal. *Beitr. zur klin. Chir.*, 1901, p. 935.
- BROCK. — Rhabdomyome pararénal. *Virchow's Arch.*, 1895.
- CADACT. — *Tumeurs pararénales*. Thèse Lille, 1902-1903.
- CAMPBELL (M. F.). — Pararenal teratome in infant. *J. Urol.*, 29, 677-684, juin 1933.
- CENTENO (A. M.) et ARENAS (M.). — Tumors paranefriticos sobre un caso de fibre sarcoma. *Frensa med. argent.*, 21, 2442, 26 déc. 1934.
- CESTAN. — Sur les tumeurs paranéphrétiques. *Gaz. des hôp.*, 1898, p. 390.
- CHAMOFF. — Sur les tumeurs pararénales. Travaux de la Clinique du Professeur Federov, 1911.
- CHAVANNAZ. — Lipome pur pararénal. *Rev. mens. de gyn., d'obst. et de pédiat.*, 1900, p. 57.
- CONRADT. — Deux cas de tumeurs solides paranéphrétiques. Soc. belge d'urol., séance 11 avril 1937, in *Bruxelles médical*, 2 mai 1937.
- Deux cas de tumeurs solides paranéphrétiques. *Journ. belge d'urol.*, n° 2, avril 1937.
- *Journ. d'urol., méd. et chir.*, t. 44, n° 4, oct. 1937.
- CRABTNEE (E. G.). — Pararenal lipoma with generalized abdominal lipomatosis. Tr. Am. A. Genito-Urin. surgeons, 22, 11-28, 1929. *J. Urol.*, 23, 545-553, mai 1930.

- CRABTREE (E. G.). — Pararenal lipoma with generalized abdominal lipomatosis. *Tr. Am. A. Genito-Urin. Surgeon*, 22, 11-18, 1929.
- CRUVEILHIER. — Sur les tumeurs pararénales. *Traité d'anatomie pathologique*, t. III.
- DARTIGUES et LE FUR. — Tumeur pararénale. *Paris chirurgical*, 1912, p. 415.
- DEHELLY. — Une observation de tumeur pararénale. *Congrès franç. de chir.*, 1919, p. 679.
- DELAGENIÈRE et BEAUCHEF. — Tumeurs solides paranéphrétiques. *Congrès franç. de chir.*, 1919, p. 672.
- DELAUNAY (M.). — Etude sur les tumeurs paranéphrétiques. Thèse Paris, 1926, in-8°, n° 310. Paris, Jouve.
- DEMOULIN. — Lipome périrénal. *Congrès des soc. savantes*, avril 1901.
- Lipome périrénal. *Arch. provinc. de chir.*, 1903, p. 115.
- DIDIER (Robert) et LEIBOVICI (Raymond). — Deux volumineux fibrolipomes paranéphrétiques. *Soc. nat. de chir.*, séance 6 juill. 1932.
- DURAND et VERRIER. — Les tumeurs paranéphrétiques. *Lyon chirurgical*, 1912, t. VIII, p. 389.
- DUROSELLE. — Tumeur paranephretique. Guérison depuis sept ans et demi. *Bull. et mém. Soc. nat. de chir.*, n° 27, 5 nov. 1932.
- DUVAL. — Volumineuse tumeur paranéphrétique. *Bull. et mém. Soc. nat. de chir.*, n° 25, 20 juill. 1929, p. 1040.
- ELIZALDE et MONSERRAT. — Simpatoma simparagonico retroperitoneal pararenal. *Hosp. argent.*, 5, 220-227, 15 oct. 1934.
- FÉLIX. — Tumeur périrénale. In *Traité d'embryologie*, de Marmall et Keibel, 1911.
- FRACKIN. — Fibrolipome pararénal. *Rev. mens. obst., gyn., et pédiat.*, Bordeaux, 1899, p. 188.
- GALIMIR. — Etude sur les tumeurs paranéphrétiques. Thèse Paris, 1895-1896.
- GARCEAU. — Renal, ureteral, perirenal and adrenal tumors, 1909.
- GIORDANO. — Trois observations de paranéphromes. *Congrès franç. de chir.*, 1919, p. 659.

GUIDO LEVI. — Enorme tumeur pararénale (fibromixosarcome). *Tunisie médicale*, mars 1937.

— Tumeur pararénale à développement abdominal. *Tunisie médicale*, déc. 1934.

HABEN TARN. — Lipome périrénal. *Arch. f. klin. Chir.*, 1908, p. 1043.

HAMANT, BODART et CHALNOT. — Deux cas de tumeurs paranéphrétiques. Soc. de méd. de Nancy, séance 23 nov. 1932, in *Rev. méd. de l'Est*, n° 1, t. LXI, 1^{er} janv. 1932.

— Deux cas de tumeurs paranéphrétiques. *Rev. méd. de l'Est*, 61, 27-29, 1^{er} janv. 1933.

HÉRISSON. — Les tumeurs paranéphrétiques. Thèse Paris, 1908-1909.

HUWE. — Tumeur paranéphrétique avec noyaux métastatiques. Thèse Greifswald, 1904.

JOSSON. — Un cas de tumeur paranéphrétique. Soc. belge d'urol., séance 24 nov. 1929.

KELLEY. — Pseudohydronephrosis or paranephretic cyst in a boy of 3 1/2 years. Operation. Recovery. *Am. med. Assoc.*, 1903.

KELLEY. — Paranephretic cyst in a boy. *J. Am. Med. Assoc.*, 1903.

LABEY (Georges). — Tumeur paranéphrétique récidivée. Soc. nat. de chir., 1934, 10 nov.

LAUWERS. — Sur un cas de tumeur périrénale. *Acad. roy. méd. Belgique*, 1891, p. 310.

LECÈNE. — Les tumeurs solides paranéphrétiques. *Congrès de chir.*, 1919, p. 533.

LECÈNE et THÉVENOT. — Les tumeurs paranéphrétiques. *Journ. de chir.*, t. 15, 1918-1919, p. 671.

LEDoux. — Tumeur périrénale. *Journ. sc. méd. de Lille*, 1901, p. 307.

LE FUR (R.). — Des tumeurs pararénales. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 22, 484-496, 4 juill. 1930.

LE FUR (R.). — Des tumeurs pararénale. *Bull. et méd. Soc. des chir. de Paris*, séance 4 juill. 1930, t. XXII, n° 12, p. 484-487.

- LEJARS. — Tumeur polykystique pararénale combinée à deux reins polykystiques. Soc. de chir., 1907.
- LEPOUTRE (M.). — Tumeur solide paranéphrétique, extirpation. Guérison, métastase probable après six ans. XXIX^e Congrès franç. d'uroL., 8-12 oct. 1929.
- LEPOUTRE (C.). — Sur trois cas de tumeurs paranéphrétiques. *Bull. et mém. Soc. nat. de chir.*, 58, 1389-1390, 26 nov. 1932.
- LEPOUTRE (C.). — Sur trois cas de tumeurs paranéphrétiques. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, n° 29, 26 nov. 1932.
- LEVI (G.). — Tumeur pararénale à développement abdominal. *Tunisie médicale*, déc. 1934.
- MANKIEWICZ. — Tumeur pararénale développée aux dépens de vestiges du corps de Wolff. Thèse Strasbourg, 1887.
- MANSE. — Contribution à l'étude des tumeurs solides paranéphrétiques. Thèse Alger, 1936-1937.
- MARCADÉ. — Volumineuse tumeur paranéphrétique hémorragique. Extirpation. Guérison. *Congrès de chir.*, Paris, 1919, p. 676.
- MARTIN et POTÉY (G.). — Enorme tumeur pararénale (fibrosarcome) ayant envahi en quelques mois tout l'abdomen. Soc. méd. de Rouen, séance 20 avril 1936, *Normandie médicale*, n° 4, avril 1936.
- MICHEL-BRÉGUET (R.). — A propos d'un cas de tumeurs paranéphrétiques développées autour d'un rein en ectopie scrotale et autour d'un rein en position normale lombaire. *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, n° 3, mai-juin 1932.
- MICHON (L.). — Volumineux lipome pararénal. Ablation par voie transpéritonéale. *Journal d'urologie*, 29, 395-398, avril 1930.
- MICHON (L.). — Volumineux lipome pararénal. Ablation par voie transpéritonéale. *Journal d'urologie*, 29, 388-398, avril 1930.
- MOSINGER (J.), OLMER et BUISSON. — Tumeur pararénale d'origine wolfienne. Soc. méd. de Marseille, séance 8 févr. 1933, in *Arch. de méd. gén. et de col.*, n° 3, 1933.

- PARE (B.). — Un cas de tumeur pararénale. *Journ. de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, 3, 407-409, nov.-déc., 1934.
- PIQUAND, DREYFUS et SÉJOURNET. — Tumeur mixte périrénale. *Soc. anat.*, 1909, p. 653.
- PRETRABISSA. — Tumeurs pararénales. *Ann. di Obst. e ginec.*, 1908.
- PROUST et TREVES. — Les tumeurs paranéphrétiques. *Rev. gyn. et chir. abdom.*, janv. 1908, p. 97.
- PRZEWOSKI. — Tumeurs pararénales. *Gaz. Lekars.*, 1889.
- QUÉNU (Jean). — Un cas de tumeur solide paranéphrétique trois fois opérée. *Bull. et mém. Soc. nat. de chir.*, n° 26, 29 oct. 1932.
- QUERVAIN (DE). — Cinq cas de tumeurs paranéphrétiques. *Congrès franç. de chir.*, 1919, p. 688.
- RAMBAUD. — Etude sur les tumeurs paranéphrétiques. Thèse Toulouse, 1903-1904.
- REYNOLDS et WADSWORTH. — Les tumeurs pararénales. *Ann. of Sur.*, 1906, p. 60.
- ROMAIN (A.). — Contributo allo studio da tumori pararenali. *Arch. ital. di urol.*, 6, 646-652, oct. 1930.
- ROMANI (A.). — Contributo allo studio dei tumori pararenali. *Arch. ital. di urol.*, 6, 646-652, oct. 1930.
- ROUX. — Deux observations de tumeurs paranéphrétiques. *Congrès franç. de chir.*, 1919, p. 683.
- SALVA MERCADÉ. — Volumineuse tumeur paranéphrétique. *Congrès franç. de chir.*, 1919, p. 675.
- SANTOS (R. DOS). — L'aortographie dans les tumeurs rénales et pararénales. *Arch. maladies des reins*, 8, 313-334, 1934..
- SAVIOZZI. — Sur une tumeur pararénale prise pour une tumeur maligne de l'ovaire. *Tumori*, sept.-oct. 1913, p. 207.
- SCHEPENS. — Tumeur pararénale et dystocie rénale croisée. *Soc. belge d'urol.*, séance 30 mars 1930.
- SILHOL (J.). — Hypernéphrome kystique pararénal. *Bull. Soc. nat. de chir.*, I, 1924, p. 684.
- STEINER. — Etude sur les tumeurs pararénales. *Orvosi hetilap.*, 22 août 1936, p. 797.

- SWYNGHEDAUW et QUENE (A.). — Tumeur paranéphrétique latente avec métastases osseuses multiples. *L'écho médical du Nord*, n° 33, 19 août 1934.
- TERRIER et GUILLEMAIN. — Les tumeurs paranéphrétiques. *Rev. de chir.*, 1892, p. 478.
- TEVRILLON. — Tumeurs de la capsule du rein, 1886, p. 260.
- THÉVENOT. — Les tumeurs paranéphrétiques. *Encyclop. franç. urologie*, t. III.
- THOMAS. — Fibrome de la capsule du rein. Cité par Heyder, *Arch. f. Gyn.*, 1890, p. 301.
- VERHAEGEN. — Trois cas de tumeurs paranéphrétiques. *Congrès franç. de chir.*, 1919, p. 684.
- VINCENT et SENELLART (Mlle). — Tumeur pararénale ayant donné les hématuries et une métastase pulmonaire. Séance méd. et anat.-clin. de Lille, 23 déc. 1930.
- Les tumeurs pararénales. A propos d'un cas de tumeur paranéphrétique ayant donné une métastase pulmonaire. *Journ. sc. méd. de Lille*, 8 févr. 1931, p. 81.

